Nr 39. Kraków, 28. września 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 28. września 1918 Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Kilka uwag w sprawie przyczyn i mechanizmu powstawania przetok maciczno-pochwowych

(fistulae cervico-vaginales laqueaticae)

podał

Dr Tadeusz Wiczyński (Lwów).

Przetoki maciczno-pochwowe należą do schorzeń wogóle rzadkich, a pochodzenie ich nie zawsze jest jasne. O ile bowiem przetoki te, spotykane jako powikłania po ciężkich i długotrwałych porodach, dadzą się wytłumaczyć jako następstwo zgorzeli od ucisku części miękkich kanału rodnego między główką płodu a twardym kanałem kostnym, — o tyle znów spostrzegane po poronieniach, i to prawie wyłącznie u pierwiastek, nie znalazły dotychczas jednolitego wyjaśnienia. Powstawanie ich było tylko kilka razy bezpośrednio spostrzegane, a jak to widzimy w przypadkach do tej pory ogłoszonych, częściej powstawały one niepostrzeżenie i dopiero później były przez rozmaitych autorów stwierdzone i opisane. Tem się tłumaczy fakt, że co do pochodzenia przetok maciczno-pochwowych spotykamy w piśmiennictwie rozmaite przypuszczenia. Do rozmaitości, a czasem sprzeczności różnych poglądów przyczynia się jeszcze i ten fakt, że brak w piśmiennictwie zestawienia wszystkich ogłoszonych do tej pory przypadków i wyciągnięcia wniosków na tle tego zestawienia.

W ostatnich czasach miałem sposobność bezpośrednio spostrzegać powstawanie takiej przetoki; uwagi, jakie nasuwa ten przypadek, usprawiedliwiają tak podanie tego przypadku, jak i zestawienie pokrótce innych przypadków, do tej pory ogłoszonych.

Przypadek sam przedstawia się następująco:

N. N. lat 28, zamężna od 5 lat, żona kupca. Po raz pierwszy badałem chorą w sierpniu 1915 r.; w wywiadach podała wówczas następujące szczegóły: W dzieciństwie ani później cięższych chorób nie przebywała. Pierwsza regularność w 16 r. życia — następne co 2—3—4 mies., skąpe, bardzo bolesne, szczególnie przed pojawieniem się krwi i w pierwszym dniu krwawienia; trwały zwykle dwa dni. Ustaliły się dopiero mniej więcej od zamążpójścia, i to niezupełnie; występowały bowiem z opóźnieniami czasem kilkudniowemi, zawsze były bolesne, skąpe, trwały również dwa dni, rzadziej trzy dni. Chora żali się na te właśnie dolegliwości przy regularnościach, głównie jednak sprowadza ją do lekarza podejrzenie, czy nie jest w ciąży; ostatnia bowiem regularność, której chora spodziewała się przed trzema tygodniami, nie pojawiła się do tej pory.

Przy badaniu przedmiotowem nie stwierdziłem żadnych objawów ciąży. Stwierdziłem natomiast u kobiety, dość prawidłowo zbudowanej i miernie odżywionej, stan narządów kobiecych następujący: Sutki, srom i pochwa prawidłowe; część pochwowa macicy długa, z ujściem zewnętrznem bardzo drobnem, zwróconem ku spojeniu łonowemu; ciało macicy w stosunku do szyi mniejsze, niż w warunkach prawidłowych, w bardzo silnem przodozgięciu; stosunek długości obu tych części w miejsce stosunku 2:1 wynosił mniej więcej 3:2. Przydatki macicy bez zmian.

Rozpoznanie: Hypoplasia uteri minoris gradus. Anteflexio uteri pathologica congenita. Stenosis orificii externi uteri. Dysmenorrhoea. Sterilitas.

Ponieważ na zabieg operacyjny (krwawe rozszerzenie ujścia zewnętrznego) chora się nie godziła, — przepisałem na razie odpowiednie leczenie objawowe.

W styczniu 1916 r. zgłosiła się chora po raz drugi, podając, że ostatnią regularność miała z początkiem listopada 1915 r. Od tygodnia czuje się osłabioną, ma nudności, kilka razy miała wymioty. Stwierdziłem wówczas początkową ciążę, o czem chorą pouczyłem. Dnia 14. marca 1916 r. wezwany zostałem do chorej nagle wieczorem. Dowiedziałem się, że chora od kilku dni odczuwała bole dołem brzucha i w krzyżach, przyczem pokazało się krwawienie z części rodnych; bole wzmogły się od poprzedniego wieczora, od południa zaś, bardzo gwałtowne, z małemi przerwami trwają do obecnej chwili; krwawienie od początku skąpe, od 2 godzin obfite.

Przy badaniu stwierdziłem w dole jamy brzusznej guz, wychodzący z miednicy małej, własnościami i wielkością odpowiadający macicy ciężarnej około czteromiesięcznej, chwilami silnie jędrniejący. Badanie wewnętrzne wykazało: Srom pierwiastki, krwią świeżą powalany. Tuż za wejściem do pochwy czuć główkę płodu, dalej barki, objęte ścianami szyjki. Przy dokładniejszem badaniu można było stwierdzić, że brzegi szyjki macicy, okalające płód, nie stanowią prawidłowego, rozszerzonego ujścia zewnętrznego, lecz, że są one brzegami nieprawidłowego otworu w tylnej ścianie szyjki macicznej, przednią bowiem jej wargę wraz z resztą tylnej można było stwierdzić od przodu, jako guzek, stanowiący część pochwową utrzymaną jeszcze na długość $1^1/_2$ do 2 cm., z drobnem ujściem zewnętrznem na szczycie. W tylnem sklepieniu czuć miękkie masy, odpowiadające skrzepom krwi, sięgające w górę aż pod zatokę Douglasa. Badanie we wziernikach łyżkowych potwierdziło poprzedni wynik badania. Stan ogólny chorej nie był w danej chwili niepokojący, krwawienia świeżego nie było, tętno 96, ciepłota 37·3, bole miernie nasilone.

Rozpoznanie zatem co do przedarcia tylnej ściany części pochwowej wśród poronienia około czteromiesięcznego było pewne. Wobec braku jakichkolwiek wskazań do czynnego wkraczania postanowiłem zachować się wyczekująco, by istniejącego już przedarcia nie powiększać.

Gdy w godzinę potem po kilku silniejszych bolach nastąpiło obfitsze krwawienie, wprowadziłem do pochwy dwa palce ręki prawej i uchwyciwszy nimi płód za szyję, starałem się ostrożnie bez pokonywania oporu wytoczyć płód na zewnątrz, przyczem w znacznej mierze pomocne mi było uciskanie dna macicy ręką lewą od zewnątrz. Zaraz po urodzeniu się płodu wysunęły się ze szpary sromowej obficie ciemne skrzepy krwi. Wobec znaczniejszego krwawienia usiłowałem wygnieść łożysko sposobem Credégo, a gdy to do celu nie doprowadziło, musiałem ręcznie wydobyć łożysko, co wykonałem pod kontrolą wzroku w ten sposób, że nastawiłem we wziernikach łyżkowych otwór, powstały wskutek przedarcia, poczem uchwyciwszy razem przednią i tylną wargę części pochwowej szczypczykami Doyena, wprowadziłem przez otwór swobodnie dwa palce ręki prawej, a obniżając równocześnie macicę uciskiem od góry, wyjąłem łożysko, leżące tuż ponad wysokością ujścia wewnętrznego macicy. Przy tej sposobności stwierdziłem, że przedarcie nastąpiło prawie na samej granicy części pochwowej i tylnego sklepienia pochwy. Wobec utrzymującego się krwawienia skontrolowałem jamę macicy tępą łyżeczką położniczą, przyczem usunąłem resztki jaja płodowego; następnie wprowadziłem do macicy i pochwy luźno setony z gazy kseroformowej, raczej dla ułatwienia odpływu odchodów, niż dla tamponady, której wobec przedarcia uni-

kałem, jak wogóle wszelkich ruchów w kierunku macicy, tem więcej, że po opróżnieniu macicy krwawienie ustało. Dodać muszę, że o natychmiastowem zeszyciu rany i równoczesnem rozszerzeniu krwawem ujścia zewnętrznego mowy być nie mogło, a to ze względu na postrzępione brzegi rany i na ich cienkość, szyjka bowiem w tem miejscu była bardzo rozdęta. Nie mogąc zaś setonu do macicy wprowadzić przez zamknięte ujście zewnętrzne, musiałem to wykonać przez otwór nieprawidłowy, setonowanie bowiem jamy macicy uważałem za wskazane, widoki zgojenia natomiast samoistnego brzegów rany, tak postrzępionych i ścieńczałych, wogóle były bardzo małe.

Aczkolwiek stan chorej bezpośrednio po zabiegu był zupełnie zadowalający, to jednak trudno było określić rokowanie wobec braku odpowiedzi, czy przedarcie nastąpiło samorodnie, czy też było sztucznie wywołane. W tym więc kierunku wypytywałem dalej otoczenie, tem dokładniej, że i dla wyświetlenia samego przypadku pod względem teoretycznym pytanie to było niezwykle interesujące. Po długiem opornem zachowaniu się otoczenia, dowiedziałem się wreszcie szczegółów, które w pierwszej chwili narzucały myśl o przedarciu sztucznem, rozpatrywane jednak dokładnie, podejrzenie to prawie usunęły. Chora bowiem podała, że aczkolwiek zawsze bardzo pragnęła potomstwa (w tym celu miała nawet zamiar poddać się proponowanemu jej zabiegowi operacyjnemu) — to jednak obecnie, gdy mąż jej został powołany do wojska, w obawie o los swój i dziecka, chciała się ciąży tej pozbyć. Gdy doradzane jej gorące kąpiele, przestrzykiwania i skoki z wysokich okien, powtarzane kilkakrotnie, nie odnosiły pożądanego skutku, usiłowała wywołać poronienie narzędziem i do tego celu użyła kościanej nasadki do pióra do pisania, którą wprowadziła dwukrotnie sama do pochwy. Okazany mi przyrząd ten miał $5^1/_2$ do 6 cm. długości, 3—4 mm. grubości, na końcach tępy, gładko, okrągło toczony. Na zapytanie, czy wprowadzała go silnie, t. zn. czy pokonywała jaki opór, odpowiedziała chora przecząco. Wynik po tej manipulacyi był przez kilka dni następnych ujemny; żadnych bolów, żadnego krwawienia, ani też plam, nawet różowych, chora nie zauważyła. Wobec tego po upływie tygodnia powróciła do kąpieli, przestrzykiwań i skoków i wreszcie po kilkudniowem ich stosowaniu doczekała się pierwszych bolów w krzyżach, z którymi jednak jeszcze chodziła. Od ukazania się pierwszego krwawienia pozostała w łóżku i dopiero piątego dnia od tej chwili znaczniejszy krwotok z części rodnych zaniepokoił ją i zmusił do wezwania lekarza.

Z całego tego opisu — chora zdawała się mówić rozsądnie i prawdę — widzimy, że narzędzie nie spełniło tu właściwie nadanego mu zadania, gdyż najpierw było za krótkie, trzymane bowiem trzema palcami mogło sięgać najwyżej na 2—3 cm. w głąb pochwy, powtóre było za tępe, a wreszcie za twierdzeniem tem przemawia i ten fakt, że przez tydzień cały po użyciu tego narzędzia nie było śladu pożądanego skutku. Pierwsze objawy poronienia wystąpiły dopiero po dalszem kilkudniowem stosowaniu gorących kąpieli, przestrzykiwań i skoków, przedarcie zaś części pochwowej nastąpiło samorodnie. Na drugi dzień po zabiegu usunąłem seton z pochwy, po dwu dalszych dniach seton z macicy, przyczem stwierdziłem, że otwór po przedarciu zmniejszył się do obwodu końca palca.

Dalszy przebieg połogu, z wyjątkiem stanu podgorączkowego i lekko cuchnących odchodów, prawidłowy. Miejscowa rana w części pochwowej goiła się przez ziarnienie, ósmego dnia od poronienia była jeszcze otoczona zgorzelinowymi strzępami, które po zastosowaniu nizkich przeciwgnilnych przestrzykiwań oddzieliły się. Po oczyszczeniu się rany usiłowałem uzyskać zabliźnienie się przez pobudzenie do bujania ziarniny w myśl przyjętych ogólnie zasad. Gdy po 6 tygodniach leczenie to do celu nie doprowadziło, pozostała, jako następstwo po nieprawidłowo przebiegającem poronieniu, przetoka maciczno-pochwowa (fistula cervicovaginalis laqueatica posterior). Na proponowany zabieg operacyjny chora nie zgodziła się.

Od tego czasu miałem sposobność badać chorą kilka razy, ostatni raz przed kilku miesiącami, przyczem stwierdziłem stan, jaki poprzednio zawsze znajdowałem, a mianowicie: Część pochwowa długa z ujściem drobnem, zwrócona ku spojeniu łonowemu, trzon macicy w silnem patologicznem przodozgięciu, w świetle wziernika ujście zewnętrzne drobniutkie, na tylnej ścianie części pochwowej otwór o średnicy około $^1/_2$ cm., przez który zgłębnik drąży do szyjki macicy; wydzielina z macicy, a w okresie miesiączkowym krew wydostaje się do pochwy przez przetokę.

Jak już wspomniałem, przetoki tego rodzaju należą do chorób bardzo rzadkich; przeglądając pismiennictwo znalazłem zaledwie 20 przypadków. W przeważnej ich liczbie przyczyna powstania tych przetok nie została wyjaśnioną; rozpatrując te przypadki oddzielnie lub porównując je z kilku innymi, dochodzą autorowie w tej sprawie do rozmaitych wniosków. Gdy się jednak wszystkie te przypadki razem zestawi, to w znacznej większości uderza przecież pewna wspólność cech, podanych przez rozmaitych autorów niezależnie od siebie.

I tak Fr. Neugebauer opisał przypadek, dotyczący pierwiastki 27-letniej, u której stwierdził przetokę w tylnej ścianie części pochwowej po poronieniu w 4. miesiącu, wywołanem sztucznie przez lekarza; część pochwowa była bardzo długa, z ujściem zewnętrznem drobniutkiem, przepuszczającem zaledwie cieniutką sondę chirurgiczną. Zgojenie dopiero po drugiem zeszyciu.

W przypadku Krakowa taka sama przetoka powstała u pierwiastki 22-letniej przy poronieniu samoistnem w 3. miesiącu ciąży. Autor ten stwierdza również długą część pochwową z drobnem ujściem zewnętrznem, ciało macicy silnie ku przodowi przegięte. Mimo 3-krotnego zabiegu operacyjnego przetoka nie zrosła się. Chora później zastąpiła i donosiła ciążę; podczas porodu przy równoczesnem rozszerzaniu się ujścia zewnętrznego, rozszerzała się i przetoka, tak, że powstał między niemi mostek, biegnący przez szczyt główki płodu; mostek stanowił przeszkodę porodową, którą autor usunął przez przecięcie.

W podobnym przypadku Jaquet stwierdził taką samą przetokę po przedwczesnym porodzie u pierwiastki 22-letniej; w czasie następnego porodu autor przeciął mostek na początku porodu, by uniknąć przeszkody porodowej.

Nordman podał przypadek, dotyczący pierwiastki 32-letniej, która przebyła 2 poronienia w późnych miesiącach; stwierdziwszy u chorej przetokę w tylnej ścianie części pochwowej, autor ten badał dokładnie przyczynę jej powstania. Wykluczywszy badaniem drobnowidowem kiłę, raka, gruźlicę, dochodzi do przekonania, że przetokę należy odnieść do przedarcia części pochwowej wśród poronienia wskutek jej niepodatności.

Taki sam przypadek spostrzegał Pierring w klinice Schauty. Oporność ujścia zewnętrznego lub całego kanału szyjki macicy u pierwiastek jest wspólną cechą przypadków, podanych przez Olshausena i Steffecka.

W przypadku Wormsera, dotyczącym pierwiastki 26-letniej, w czasie poronienia w 5. miesiącu ciąży, po trzech dniach silnych bolów część pochwowa była jeszcze utrzymana, szyjka macicy niedrożna, górny odcinek części pochwowej znacznie rozdęty w kierunku ku tylnemu sklepieniu. W krótki czas potem po jednym silnym bolu nagle nastąpił poród płodu i zaraz potem łożyska. Po odbytym połogu stwierdził Wormser przetokę maciczno-pochwową tylną. W pracy swej przytacza ten autor podobny przypadek, podany przez Williamsona jeszcze w r. 1845, u pierwiatki po przedwczesnym odpływie wód płodowych; szyjka macicy wskutek niepodatności ujścia zewnętrznego była bardzo rozdęta, a ściany jej bardzo ścieńczałe; przy ujściu na 2 palce rozwartem, nagle podczas bolu porodowego wypadła nóżka przez ścianę szyjki do pochwy; w przerwie między bolami odprowadzenie części wypadniętej, poczem po rozszerzeniu sztucznem ujścia zewnętrznego poród przebiegał prawidłowo; w następstwie przetoka maciczno-pochwowa w miejscu przedarcia.

Dirmoser opisał przetokę maciczno-pochwową tylną u osoby 33-letniej, która przebyła poronienie w 4. i 5. miesiącu ciąży; starając się zabliźnić przetokę, rozszerzał Dirmoser równocześnie drobne ujście zewnętrzne, mimo to, gdy chora następnie przedwcześnie rodziła (w 8 mies.), rozszerzyła się przetoka łatwiej, niż ujście zewnętrzne.

Odmienny nieco od wszystkich był przypadek, podany przez Weissa u pierwiastki 30-letniej, podczas poronienia w 5. miesiącu ciąży. Przy ujściu na 2 palce rozwartem, jednak niepodatnem, powstało przedarcie na przedniej ścianie części pochwowej, przez które rodził się płód, a potem ręcznie wydobyto łożysko; przy tym to zabiegu Weiss stwierdził włókniak śródścienny w tylnej ścianie części pochwowej. I tu w opisie przypadku podkreśla Weiss nadzwyczajną odporność, niepodatność części pochwowej u starszej pierwiastki.

Przypadek Ostrcila dotyczył pierwiastki 24-letniej; w 5. miesiącu ciąży poronienie z niewiadomych przyczyn (sztuczne wykluczone). W 50 godzin po odpływie wód płodowych sterczy do pochwy rozdęta część pochwowa — ujście zewnętrzne dołkowate, twarde, niepodatne; wśród przygotowań do rozszerzenia szyi nagle po silnym bolu poród płodu i łożyska, jak się później okazało, przez przedartą tylną ścianę części pochwowej w miejscu jej przejścia w tylne sklepienie. W następstwie przetoka maciczno-pochwowa tylna.

Z dwu przypadków, pochodzących z kliniki położniczo-ginekologicznej lwowskiej, ogłoszonych przez Breitera w r. 1903, pierwszy dotyczył przetoki tylnej, powstałej przy poronieniu 3-miesięcznem u pierwiastki 24-letniej, u której stwierdzono wrodzone nadmierne przodozgięcie macicy bardzo znacznego stopnia (uterus cucurbitaceus). W przypadku drugim pochodzenie przetoki jest zupełnie jasne, jest ona tylko powikłaniem przetoki pęcherzowo-pochwowej, równocześnie powstałej przy bardzo ciężkim porodzie i jest, jak ona, następstwem zgorzeli od ucisku między główką płodu a twardym kanałem kostnym; właściwie więc nie należy do rzędu omawianych przetok.

Wreszcie w r. 1914 Bubliczenko z Petersburga ogłosił 4 przypadki prawie analogiczne z większością powyżej zestawionych: wszystkie dotyczą starszych pierwiastek, roniących w 4—5. miesiącu ciąży, u których autor stwierdził silne przodozgięcie macicy, szczególną, uderzającą długość części pochwowej i wybitną jej twardość, jakoteż niepodatność szyjki całej, względnie okolicy ujścia zewnętrznego macicy; w następstwie powstałego przy poronieniu przedarcia tylnej ściany części pochwowej powstały przetoki, dla których Bubliczenko proponuje w miejsce podanej przez Neugebauera nazwy: fistulae cervivo-vaginales laqueaticae — nazwę: fistulae cervico-vaginales post abortum praeternaturalem.

Jak już z tego krótkiego opisu powyższych przypadków widzimy, towarzyszą im pewne wspólne cechy. Aby je lepiej unaocznić, pomieszczam je razem z pozostałymi poniżej na tabelce:

Liczba	Autor	lat	pierwiastka	wieloródka	poronienie	poród	Przetoka przednia	Przetoka tylna	Szczegóły ważne dla oceny	Zeszycie	Ciąże następne
1	Neugebauer	27	1		4 m.			1	Stenosis orificii externi uteri	zgojenie po 2 zeszyciu	Ciąża i poronienie w 5 m. przez przetokę
2	Jaquet*)	22	1		7 m.			1	Stenosis orificii ext. ut. Rigiditas		
3	Steffeck*)	?	1		5 m.			1	Stenosis orificii ext. ut. Rigiditas		
4	Krakow*)	22	1		3 m.			1	Antefl. ut. path. Sten. orif. ext.	3 razy szyte bezskutecznie	Ciąża i poród przecięcie mostka
5	Pierring*)	?	1		6 m.			1	Ridigitas portionis vaginalis		
6	Rubinstein	26	1		5 m.			1	Stenosis orif. ext. ut.		
7	Nordman	32	1		6—7 m.			1	Rigiditas port. vag.	2 razy szyte bezskutecznie	
8	Wormser	26	1		5 m.			1	Rigiditas colli uteri	j. w.	
9	Williamsohn **)	19	1			1		1	Rigiditas orif. ext. ut.		
10	Dirmoser	33	1 (?)		5—4 m.			1	Antefl. ut. path. Sten. orif. ext. ut.		Ciąża i poród przez przetokę
11	Weiss	30	1		5 m.		1		Ridigitas port. vag. Fibroma labii post. port. vagin.	zgojenie	
12	Ostrcil **)	24	1		5 m.			1	Stenosis orif. ext. ut. Ridigitas		
13	Olshausen	?	1		5 m.			1	Antefl. ut. path. Sten. orif. ext. Rigiditas	zeszyto	
14	Breiter	26	1		3 m.			1	Uterus cucurbitaceus		
15	Breiter	40		1		1		1	Ucisk przy porodzie		
16	Bubliczenko	30	1		4 m.			1	Antefl. ut. path. Sten. orif. ext. ut.		
17	j. w.	30	1		5 m.			1	j. w.		
18	j. w.	30	1		4 m.			1	j. w.		
19	j. w.	30	1		5 m.			1	j. w.		
20	Własny	28	1		4 m.			1	Antefl. ut. path. Stenosis orif. ext. ut.		

*) Przypadki 2—5 przytoczone przez Neugebauera, 9 i 12 przez Wormsera.

W powyższem zestawieniu zwracają uwagę głównie następujące szczegóły:

1) Prawie wszystkie przypadki dotyczą pierwiastek, i to dość często starszych; w jednym tylko przypadku była na pewno wieloródka (Breiter), w dwu zaś jest to niepewne, stwierdzono bowiem przetokę w obu po 2 poronieniach, niewiadomo zatem, do którego poronienia należy ją odnieść (Nordman, Dirmoser).

2) Z wyjątkiem dwu przypadków, w których przetoki datują się od porodu, wszystkie inne należy odnieść do poronień, i to przeważnie w 4—5. miesiącu ciąży.

3) Z wyjątkiem jednej przetoki, powstałej na przedniej ścianie części pochwowej, wszystkie inne dotyczą tylnej jej ściany.

4) Prawie we wszystkich przypadkach, bo w 19 na ogólną liczbę 20, stwierdzono pewne nieprawidłowe zachowanie się macicy całej lub tylko części pochwowej, i to tak w stanie nieciężarnym, jak też podczas poronienia, względnie porodu. Z tych 19 w jednym przypadku prócz powyższej cechy jest mowa o włókniaku tylnej ściany pochwowej, w trzech zaś mogłoby pozornie w grę wchodzić narzędzie.

(Dokończenie nastąpi).

Ze szpitala miejskiego św. Anny w Dąbrowie Górniczej.

Uwięźnienie przepukliny udowej, powikłane przedziurawieniem jelita przez połkniętą kość i zgorzelą tegoż. Zejście śmiertelne.

Opisał

Dr Tomasz Kożuchowski

lekarz naczelny szpitala.

Dnia 7. VIII. 1907 r. o godzinie 9 wieczorem zostałem wezwany do chorej G. J., lat 65, z powodu bólów w jamie brzusznej i wymiotów.

Wywiady: 5. VIII. rano chora uczuła silne bóle brzucha; określa je jako rznięcia, szczególniej w prawym dole biodrowym. Bóle te występowały często; tegoż dnia miała chora jeszcze wypróżnienie. Noc bezsenna, bóle; w prawej pachwinie zauważyła chora guz, który jej dokuczał. Dnia 6. VIII. wystąpiły wymioty, które następnie przeszły w kałowe, wiatry nie odchodziły, bóle występowały często. Następna noc bezsenna. Dnia 7. VIII. wymioty kałowe, czkawka, silne pragnienie, chora skarży się na silne osłabienie. Chorej parokrotnie dawano na przeczyszczenie, lecz leki również wymiotowała. Chora nie umie podać, od ilu lat miała guz w pachwinie prawej; jakoby już bardzo dawno, ale dolegliwości żadnych nie sprawiał.

Stan obecny: Chora budowy wątłej, wychudzona, skóra pomarszczona, bardzo wiotka. Skóra twarzy ziemista, oczy zapadłe, nos wydłużony, język suchawy, z ust zapach kałowy. Przytomność utrzymana, stan bezgorączkowy, tętno 128, słabo napięte, ledwo namacalne; tony serca głuche. Powłoki brzuszne wiotkie, mięśnie prawie zanikłe. Brzuch mało wzdęty i bardzo mało bolesny. W pachwinie prawej pod więzadłem Pouparta dość elastyczny guz wielkości jaja kurzego, skóra nad nim przesuwalna, niezmieniona; przy dotykaniu chora żywo oddziaływa. Ze względu na objawy uwięźnienia jelita, które już trwały prawie 3 doby, nie probowałem odprowadzenia, tembardziej, iż przed paroma godzinami były w tym kierunku czynione próby. Oświadczyłem rodzinie, iż należy dokonać operacyi, lecz wynik, ze względu na bardzo ciężki stan ogólny chorej, zapewne będzie ujemny. W dwie godziny później w znieczuleniu miejscowem wykonałem operacyę. Przeciąłem skórę równolegle do więzadła Pouparta; tuż pod tkanką podskórną nóż natrafił na ciało twarde, ostre, dość długie, sięgające dość głęboko. Po oddzieleniu przylegających tkanek wyjąłem z worka przepuklinowego kleszczykami chirurgicznemi kość płaską, długości 2·5 cm.; środek i drugi koniec szerokości paru milimetrów o brzegach ostrych. Chora na zapytanie, czy jakiej kości nie połknęła, odpowiedziała przecząco; dopiero na zapytanie, kiedy jadła mięso, oświadczyła, że 4. VIII. jadła gęsinę i z powodu braku zębów połykała większe kawałki. Pomimo rozszerzenia rany nie mogłem uwolnić pętli jelit; ponieważ należało postępować bardzo ostrożnie ze względu na zgorzelinowe zmiany w pętli, rozszerzyłem jeszcze ranę ku górze i z łatwością wydobyłem z wrót przepuklinowych jelito cienkie, które uległo zgorzeli na przestrzeni 12 ctm. i w dwóch miejscach było przedziurawione; otwory te przebiegały w stosunku do siebie skośnie. Ze względu na ogólny zły stan nie dokonywałem resekcyi, lecz pozostawiłem pętlę jelita na zewnątrz, zwęziwszy ranę kilkoma szwami. Pomimo kamfory podskórnie tętno się nie poprawiło i chora w 8 godzin po operacyi zmarła.

Był to więc przypadek przepukliny udowej, gdzie w zaciśniętej pętli jelita cienkiego znajdowała się kość, połknięta na dzień przed wystąpieniem uwięźnienia przepukliny. Interesujący jest w tym przypadku związek przyczynowy pomiędzy obecnością kości w jelicie i wystąpieniem uwięźnienia jelita. Przepuklina istniała dłuższy czas (»bardzo dawno«) bez zaburzeń. Przypuszczam, że ostra, dość wielka (2·5 ctm.) kość, przechodząc przez jelito, znajdujące się w stanie wolnym w worku przepuklinowym, wywołała pierwotne jego uszkodzenie. W następstwie uszkodzenia ściany jelita przez kość wytworzyły się zmiany zapalne również i w sąsiedztwie jelita, znajdującego się w worku przepuklinowym, a więc w samym worku i jego wrotach, co mogło być powodem uwięźnienia jelita z następową zgorzelą. Przyjmując taką możliwość, należałoby uważać ciało obce w jelicie (w danym przypadku kość) za jeden z czynników przyczynowych wystąpienia uwięźnienia przepukliny. Możliwem jest jednak również całkiem przypadkowe jednoczesne wystąpienie uwięźnienia przepukliny z obecnością w niej kości. To powikłanie jednak w każdym razie spowodowało uszkodzenie jelita, co niezaprzeczenie pogorszyło miejscowe warunki w zakresie przepukliny. Przypadek ten opisuję z tego względu, iż w szeregu podręczników chirurgii, ani w pismach lekarskich, dostępnych mi w danej chwili, podobnego nie znalazłem. Chora ewentualnie mogłaby być uratowana, gdyby operacya dokonana została w dniu, kiedy wystąpiły objawy uwięźnienia. Wiek, chociaż podeszły, nie odgrywałby roli, gdyż sam n. p. operowałem uwięzłą przepuklinę udową u 80-letniej staruszki, która w 8 dni po operacyi opuściła szpital wyleczona.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Miejski urząd zdrowia prosi za naszem pośrednictwem wszystkich kolegów krakowskich o donoszenie o przypadkach t. zw. grypy hiszpańskiej; chociaż niema obowiązku zgłaszania tej choroby, jednakże leży w interesie ludności i lekarzy stwierdzenie rozmiarów epidemii, jej nasileń i osłabnięcia. Również prosi Urząd zdrowia o nakłanianie chorych, by przysyłali śluz z gardła, ślinę i t. d. do badania bakteryologicznego, które miejski zakład bakteryologiczny wykona bezpłatnie.

Lwów. Komitet sanitarnej odbudowy kraju odbył 27. IX posiedzenie wspólne z Centralą odbudowy kraju.

— Lekarze z Rzeszowa i okolicy uczcili 24. VIII. uroczystym obchodem 50-lecie doktoratu Dr Adama Zagórskiego. Jako uczestnik walki o wolność musiał Dr Zagórski po r. 1863 opuścić kraj i szereg lat pracować na obczyźnie w Bazylei, gdzie, ukończywszy studya, był asystentem kliniki chirurgicznej, a następnie okulistycznej. Osiadłszy potem w Rzeszowie, wieloletnią pracą zdobył sobie cześć i miłość mieszkańców tego miasta i najszerszych kół koleżeńskich. Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przesłała Czcigodnemu Jubilatowi w dniu obchodu serdeczne życzenia.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.